

Aansluitingsnummer:
INSZ:
BZ:
Betreft:

AANVRAAG TOT EEN WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN)

Belangrijk – Lees dit eerst!

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u in als u tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent verklaard, opnieuw gedeeltelijk wil gaan werken.

Het gaat om een **gedeeltelijke** hervatting van:

- de zelfstandige beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid
- een activiteit als werknemer
- een andere zelfstandige beroepsactiviteit die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand
- iedere andere bezoldigde of onbezoldigde activiteit die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.
- Het lopend akkoord wenst te vernieuwen.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier vult u in en bezorgt u vervolgens aan ons ziekenfonds.

Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

U moet dit formulier ten laatste verzenden op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werk-hervatting. Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden verminderd met 10 % of zelfs geweigerd (in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit).

OPGELET: Dit document is een aanvraag. Vooraleer u gedeeltelijk aan de slag gaat, is het aangeraden om in het bezit te zijn van het schriftelijk akkoord van de adviserende arts.

Uitzondering: het is mogelijk om na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voort te zetten in de sport- en socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit “artikel 17 van het RSZ-besluit van 28 november 1969” (vrijstelling van RSZ-bijdragen) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, alvorens u van de adviserend arts van uw ziekenfonds een toelating heeft verkregen.

U moet dit formulier dan wel binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid verzenden.

Toe te voegen documenten

U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen als u het werk als werknemer tijdens de arbeids-ongeschiktheid wil hervatten. Indien deze nog niet beschikbaar is, dient u, zodra u de overeenkomst in uw bezit heeft, een kopie over te maken aan ons ziekenfonds.

Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met ons ziekenfonds.



Aansluitingsnummer:

INSZ:

BZ:

Betreft:

**AANVRAAG TOT TOELATING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE MOGEN HERVATTEN
TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING VAN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

(art 23 of 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971)

U moet dit formulier invullen indien u een deel van de beroepsactiviteit, die u vóór uw arbeidsongeschiktheid uitoefende, hervat of een andere activiteit uitoefent.

IDENTIFICATIE VAN DE GERECHTIGDE:

Ik, ondergetekende, Naam:

Voornaam:

Adres:

INSZ: – E-mail:

GSM- of telefoonnummer:

- verklaar dat ik vanaf/...../.....
volgende activiteitheb hervat/wil hervatten.
- verklaar dat ik vanaf/...../..... volgende activiteit
....., waarvoor ik reeds
een akkoord heb, wens te vernieuwen.

1. Kruis aan of het gaat om een (beroeps)activiteit als:

Zelfstandige

- uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
 een andere zelfstandige activiteit

Werknemer

- arbeider
 bediende

Werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van uitoefening van een activiteit “artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969” – vrijstelling van RSZ-bijdragen).

- De activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.
 De activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.

Iedere andere activiteit

- bezoldigde activiteit
 onbezoldigde activiteit

2. Welke taken gaat u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken, die u zal verrichten, afzonderlijk en zo concreet mogelijk:

.....
.....
.....

3. Geef aan volgens welk uurrooster u de activiteit zal uitoefenen:

Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week:

Ik werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in).
Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1^{ste} rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Week 1	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
Week 2	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
Week 3	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
Week 4	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____

Gelieve elke informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden:

.....

.....

.....

.....

.....

4. Vul onderstaande gegevens aan:

Naam van uw werkgever of van de organisatie (enkel invullen als het geen hervatting van een zelfstandige activiteit betreft):

.....

Adres:

.....

Tel:

RSZ-nr: en/of KBO-nr:

OPGEPAST: indien het RSZ-nummer of het KBO-nummer niet ingevuld is, dan kan deze aanvraag niet behandeld worden!

- Indien u over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelend geneesheer (naam, adres, telefoon):

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (als u het werk als werknemer hervat):

.....

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.

Datum:/...../.....

Handtekening: